**À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

Secteur de psychiatrie adulte

93G13

Chef DE PÔLE

* Docteur Bertrand DEtaint

CADRE DE SANTÉ

* Madame Svetlana NICOLAS

PRATICIEN HOSPITALIER

* Docteur Samuel KOHLER

InfirmiÈre

* Madame Sandrine LEBECQ

CoordonnÉes

06 64 86 16 22

06 70 92 83 23

empsa93centre@epsve.fr

 **ET/OU LE MÉDECIN SPÉCIALISTE**

(Barrer les mentions inutiles)

* **Médecin traitant informé de la démarche** (mention obligatoire) : OUI NON
* **Nom et prénom du patient** (*merci de joindre un justificatif d’identité*) :

 **Date de naissance :**

**Numéro de sécurité sociale**(*merci de joindre l’attestation de sécurité sociale et*

*la carte de mutuelle*) :

 **Adresse complète** (*merci d’indiquer bâtiment, étage et codes d’accès s’il y en a*) :

Si hébergé à titre gratuit, merci de joindre un justificatif de domicile et une

attestation d’hébergement de plus de 3 mois

 **N° de téléphone** :

* **Patient informé de la demande** : OUI NON
* **Patient en mesure de se déplacer au rendez-vous**: OUI NON
* **Patient informé de la création d’un dossier médical partagé à son nom**

(mention obligatoire) : OUI NON

* **Nom du médecin remplissant la demande** :

 **Adresse / lieu d’exercice :**

 **Téléphone :**

 **Adresse mail** (obligatoire) :

* **Médecin traitant** (si différent du demandeur) **:**

 **Nom :**

 **Adresse / lieu d’exercice :**

**Téléphone :**

 **Adresse mail** (obligatoire) :

 **Informé de la démarche et en accord avec celle-ci** (mention obligatoire) :

OUI NON

* **Curatelle / Tutelle :**

 **Identité du mandataire** :

Secteur de psychiatrie adulte

93G13

Chef DE PÔLE

* Docteur Bertrand DEtaint

CADRE DE SANTÉ

* Madame Svetlana NICOLAS

PRATICIEN HOSPITALIER

* Docteur Samuel KOHLER

InfirmiÈre

* Madame Sandrine LEBECQ

CoordonnÉes

06 64 86 16 22

06 70 92 83 23

empsa93centre@epsve.fr

 **Adresse mail** (obligatoire) :

 **Téléphone** :

 **Informé de la démarche et en accord avec celle-ci** (mention obligatoire) :

 OUI NON

* **Personne de confiance** : OUI NON

 Si oui, nom, prénom et coordonnées(*merci de joindre un justificatif*) :

Motif de la demande

* Antécédents somatiques (joindre CRH, CR de consultations) :
* Antécédents psychiatriques :
* **Chimiogramme** (liste des medicaments déjà essayés, posologie, date

 d’introduction et d’arrêt, efficacité, tolerance) :

* **Traitement en cours** (ou joindre l’ordonnance en cours) :
* **Bilan neurocognitif** (si réalisé), dernier MMSE :
* **Délai d’action souhaité** : 1 semaine 2 semaines 1 mois
* **Télé-expertise souhaitée** : OUI NON

**En cas d’urgence, contacter le 15 ou adresser au service d’urgence le plus proche**

**Joindre tous les comptes rendus d'hospitalisations et de consultations, et les examens complémentaires (imagerie, ECG, EEG ...) en votre possession.**

**TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE SERA PAS TRAITÉE**